

Sygn. akt XXV C 600/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 listopada 2020 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia del. Edyta Bryzgalska

Protokolant: protokolant sądowy Weronika Kutyla

po rozpoznaniu w dniu 16 listopada 2020 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. A.

przeciwko Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W. na rzecz powódki M. A. kwotę 189.878,50 zł (słownie: sto osiemdziesiąt dziewięć tysięcy osiemset siedemdziesiąt osiem złotych i 50/100) z ustawowymi odsetkami od dnia 7 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W. na rzecz powódki M. A. kwotę 14.911 zł (słownie: czternaście tysięcy dziewięćset jednaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 5.400 zł (słownie: pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego oraz kwotę 17 zł (słownie: siedemnaście złotych) tytułem zwrotu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Sygn. akt XXV C 600/17

UZASADNIENIE

Powódka M. A. wystąpiła przeciwko pozwanemu Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą we W. z pozwem o zapłatę kwoty 189.878,50 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 7 stycznia 2013 r. do dnia zapłaty tytułem zwrotu nienależnego świadczenia w związku z nieważnymi oświadczeniami złożonymi przez H. A. o chęci skorzystania z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej oraz nieważnymi umowami grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) S.A. (...) i (...) zawartych pomiędzy pozwanym a ubezpieczającym (...) S.A. z siedzibą w W. w dniach 24 września 2009 r. i 1 lutego 2010 r. W ramach żądania ewentualnego powódka wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego kwoty 26.064,00 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 7 stycznia 2013 r. do dnia zapłaty tytułem nienależnego świadczenia w związku z niedozwolonym charakterem postanowień powyższych umów dotyczących pobierania opłaty administracyjnej. Ponadto powódka wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wyjaśniono, że H. A. przystąpił jako ubezpieczony do umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) S.A. (...) i (...). Powódka jest spadkobierczynią H. A., a na podstawie zawartej w dniu 29 stycznia 2017 r. umowy o częściowym dziale spadku nabyła roszczenia H. A. w stosunku do pozwanego wynikające z powyższych umów. Wskazano, że do dnia śmierci, tj. 2 października 2012 r. H. A. wpłacił pozwanemu tytułem składek łączną kwotę 305.752,00 zł (w tym: – na ubezpieczenie (...) (certyfikat nr (...)) – kwotę

17.184,00 zł; – na ubezpieczenie (...) (certyfikat nr (...)) – kwotę 21.480,00 zł; – na ubezpieczenie (...) (certyfikat nr (...)) – kwotę 38.664,00 zł; – na ubezpieczenie (...) (certyfikat nr (...)) – kwotę 30.072,00 zł; oraz – na ubezpieczenie P. I. (certyfikat nr (...)) – kwotę 198.352,00 zł. Podano też, że do dnia śmierci H. A. pozwany pobrał ze składek wpłacanych przez H. A. łączną kwotę 26.064,00 zł tytułem opłaty administracyjnej. Natomiast pozwany wypłacił uprawnionej – M. A. świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego H. A. w łącznej kwocie 115.873,50 zł. Wskazano, że różnica między sumą wpłaconą przez H. A. a kwotą dotychczas otrzymaną z tytułu umowy ubezpieczenia przez powódkę wynosi 189.878,50 zł i jest to kwota, której powódka dochodzi pozwem.

W ocenie strony powodowej przedmiotowe stosunki ubezpieczenia nie powstały, gdyż oświadczenia złożone pozwanemu przez H. A. o tym, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej są sprzeczne z art. 829 § 2 k.c. Nie obejmują one bowiem wysokości sumy ubezpieczenia. Tym samym są nieważne w świetle art. 807 k.c. oraz art. 58 § 1 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c. Argumentowano, że żadne z oświadczeń H. A. złożone na Deklaracjach Przystąpienia nie wskazuje wysokości sumy ubezpieczenia – w deklaracjach tych posłużono się co prawda nazwą „suma ubezpieczenia” lub „świadczenie ubezpieczeniowe”, lecz wysokość tego świadczenia nie odpowiada pojęciu sumy ubezpieczenia, o której mowa w art. 829 § 2 k.c. Ponadto przeciętny konsument nie byłby w stanie wyinterpretować – na podstawie niejasnych postanowień umowy – wysokości sumy ubezpieczenia.

Ponadto zdaniem strony powodowej wspomniane oświadczenia H. A. są sprzeczne z celem tych czynności prawnych – ich funkcją ochronną oraz sprzeczne z art. 829 § 2 k.c. w zw. z art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 k.c. oraz z art. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, gdyż nie prowadziły do skorzystania przez H. A. z ochrony ubezpieczeniowej, gdyż takiej ochrony w umowach ubezpieczenia grupowego nie było. Podniesiono, że łączne świadczenie ze wszystkich ubezpieczeń, które otrzymała powódka jako uprawniona po śmierci H. A., wyniosło 115.873,50 zł, pomimo, że H. A. w latach 2010-2012 wpłacił pozwanemu łącznie kwotę 305.752,00 zł (świadczenie pozwanego wyniosło więc około 38 % kwot wpłaconych przez H. A.). Wskazano też, że w przypadku dożycia przez konsumenta do końca okresu odpowiedzialności, ubezpieczyciel – pozwany nie zapłaciłby konsumentowi żadnego świadczenia w rozumieniu art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 i § 2 k.c. (suma ubezpieczenia), a jedynie zwróciłby kwotę, która pozostała ze środków wpłaconych przez konsumenta na poczet inwestycji.

Strona powodowa stoi na stanowisku, że przedmiotowe umowy ubezpieczenia grupowego są nieważne w świetle art. 807 § 1 k.c. i art. 58 § 1 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c., ponieważ są sprzeczne z naturą umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej (na rachunek osoby trzeciej) oraz sprzeczne z ustawą – art. 808 § 1 k.c. i art. 829 § 2 k.c. w zw. z art. 393 k.c., poprzez brak stosunku prawnego lub faktycznego (gospodarczego) – brak jakiegokolwiek przyczyny, więzi ubezpieczającego z ubezpieczonym, uzasadniającej zawarcie przez ubezpieczającego z pozwanym ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia na rzecz (rachunek) H. A.. W przekonaniu strony powodowej przedmiotowe umowy są też nieważne, gdyż są sprzeczne z art. 808 § 2 k.c. poprzez fakt wypłaty ubezpieczającemu – (...) S.A. przez ubezpieczyciela (pozwanego) wynagrodzenia za pozyskanie konsumentów, w tym H. A., jako ubezpieczonych i dokonywanie czynności związanych z obsługą stosunku ubezpieczenia – w sytuacji, gdy zgodnie z art. 808 § 2 k.c. to na ubezpieczającym – (...) S.A. spoczywa ustawowy obowiązek do zapłaty składki. Tym samym (...) S.A. nie można być uprawnionym do wynagrodzenia od składki, do której zapłaty jest zobowiązany.

Ponadto przedmiotowym umowom zarzucono sprzeczność z art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 i § 2 k.c. oraz z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z celem umowy ubezpieczenia na skutek braku elementów przedmiotowo-istotnych umowy ubezpieczenia i brak funkcji ochronnej. Przedmiotowe umowy ubezpieczenia grupowego zawierają postanowienia, zgodnie z którymi po śmierci ubezpieczonego H. A. pozwany ubezpieczyciel, obok wartości rachunku

i niealokowanych składek, wypłaci uprawnionemu kwotę stanowiącą 1% Składki Zainwestowanej, zaś w przypadku dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności, ubezpieczony w ogóle nie otrzyma świadczenia ubezpieczeniowego.

W ocenie strony powodowej wypłata oszczędności zgromadzonych na rachunku Jednostek uczestnictwa Funduszu jest świadczeniem z inwestycyjnej części przedmiotowej umowy, wypłata tej kwoty nie jest związana z ryzykiem ubezpieczeniowym pozwanego, ponieważ niezależnie od tego, czy w okresie odpowiedzialności dojdzie do śmierci ubezpieczonego, pozwany będzie zobowiązany do wypłaty wartości środków zgromadzonych na rachunku. Co więcej, kwota ta pochodzi ze środków inwestowanych na wyłączone ryzyko ubezpieczonego. Zatem wypłata wartości rachunku nie jest wypłatą świadczenia z umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 i § 2 k.c.

W przekonaniu strony powodowej przedmiotowe umowy są nieważne w świetle art. 58 § 1 k.c., ponieważ nie zawierają takich elementów obligatoryjnych wymienionych w art. 13 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 5 i 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej jak: charakterystyka aktywów wchodzących w skład UFK, kryteria doboru aktywów, zasady dywersyfikacji aktywów i innych ograniczeń inwestycyjnych, zasady wyceny jednostek UFK oraz zasady alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki UFK.

Podniesiono, że ww. umowy są nieważne również z uwagi na to, że zostały zawarte jako umowy ubezpieczenia grupowego, w celu obejścia przepisów prawa, tj. przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, przepisów ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym w zw. z przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz przepisami ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, a także przepisów ustawy o funduszach inwestycyjnych.

Strona powodowa nieważności spornych umów upatrywała także w tym, że zostały one zawarte z przekroczeniem granic swobody zawierania umów (art. 58 § 1 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c.) oraz w tym, że umowy te nie zawierają jednoznacznych i skutecznych wobec konsumentów postanowień, w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 808 § 5 k.c., określających główne świadczenia stron stosunku ubezpieczenia i tym samym są sprzeczne z art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 i § 2 k.c.

Wskazano także, że sporne umowy ubezpieczenia są nieważne z uwagi na ich sprzeczność z zasadami współzycia społecznego (art. 58 § 2 i 3 k.c.), tj. zasadą słuszności kontraktowej, zasadą ochrony osób trzecich, zasadą prawa do informacji oraz zasadą lojalności i zaufania. Ponadto w ocenie strony powodowej umowy te zostały zawarte z przekroczeniem granic swobody zawierania umów (art. 58 § 1 k.c. w zw. z art. 355⁽¹⁾ k.c.). Zarzucono nadto, że pozwany zredagował postanowienia umów w taki sposób, że dawały mu one całkowitą dowolność i prawo arbitralnego decydowania o sposobie inwestowania środków UFK, możliwości ich likwidacji w dowolnie wybranym momencie oraz o wycenie aktywów UFK – w konsekwencji przedmiotowe umowy ubezpieczenia grupowego były niezgodne z właściwością (istotą) stosunku zobowiązaniowego do ustalania wysokości jego świadczeń w sposób dowolny, bez odniesienia do obiektywnych i weryfikowalnych kryteriów, przy jednoczesnym przerzuceniu całego ryzyka inwestycji na ubezpieczonego konsumenta.

Uzasadniając żądanie ewentualne zapłaty kwoty 26.064,00 zł stanowiącej bezprawnie pobrane świadczenia tytułem Opłaty Administracyjnej, strona powodowa wskazała na abuzywność postanowień umownych określających wysokość tej opłaty pobieranej przez pozwanego z każdej Składki Bieżącej. We wzorcach i w deklaracjach przystąpienia nie wskazano kwot miesięcznych opłat, jak również nie wskazano ich wysokości procentowej w odniesieniu do składki bieżącej. Ponadto nie wyjaśniono za co jest pobierana ta opłata.

Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego

według złożonego spisu kosztów, ewentualnie według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (odpowiedź na pozew k.409-436v).

W ocenie strony pozwanej powództwo powinno zostać oddalone, gdyż

- niedopuszczalna jest sądowa modyfikacja treści postanowień wzorców umów;
- umowa grupowego ubezpieczenia jest zgodna z zasadami współżycia społecznego oraz dopuszczalna przez prawo i nie jest nieważna;
- otrzymywanie wynagrodzenia przez ubezpieczającego w momencie zawierania umów ubezpieczenia, z których powódka wywodzi swoje roszczenia, jest zgodne z prawem i przez nie przewidziane,
- fakt pokrywania przez ubezpieczonych kosztu składki czy też zapłaty składki przez ubezpieczonych zgodnie z doktryną i judykaturą oraz przepisami prawa jest dopuszczalny;
- powództwo dotyczy jednoznacznie sformułowanych świadczeń głównych umów ubezpieczenia na życie z UFK, natomiast na mocy art. 385¹ § 1 k.c. elementy konstrukcyjne umowy dotyczące głównych świadczeń stron nie podlegają kontroli sądowej w kontekście abuzywności;
- kwestionowane postanowienia umowne nie kształtują praw i obowiązków powódki ani zmarłego H. A. w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy.

Strona pozwana nie podzieliła twierdzeń powódki odnośnie nieważności przedmiotowych umów grupowego ubezpieczenia. Wskazano, że umowy są zgodne z art. 808 k.c., a także z przepisami regulującymi umowę ubezpieczenia zawieraną na cudzy rachunek. Okoliczność, że zgodnie z art. 808 § 2 k.c. zakładowi ubezpieczeń przysługuje roszczenie o zapłatę składki do ubezpieczającego nie oznacza, że sam ubezpieczony nie może zapłacić składki. Pozwany podniósł nadto, że zgodnie z art. 808 § 4 k.c. ustawodawca za wystarczające uznał przekazanie ubezpieczonemu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków. Żaden przepis prawa nie nakłada na ubezpieczyciela obowiązku indywidualnego uzgadniania treści umowy ubezpieczenia z ubezpieczonymi w ramach ubezpieczenia grupowego. Żaden przepis prawa nie nakazuje też ubezpieczycielowi doręczania ubezpieczonym ogólnych warunków ubezpieczenia z urzędu, przed lub podczas wyrażania przez nich zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Pozwane Towarzystwo zakwestionowało również twierdzenia powódki o nieważności oświadczeń H. A. o przystąpieniu do ubezpieczenia z uwagi na brak sumy ubezpieczenia. Podkreślono, że przystępując do umowy ubezpieczenia H. A. jako ubezpieczony wyraził zgodę na brzmienie ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z UFK, w których wprost zdefiniowane są świadczenia ubezpieczyciela wypłacane w związku z wystąpieniem zdarzeń ubezpieczeniowych, a w Warunkach Ubezpieczenia w rozdziale 8 jest wyraźnie określona suma ubezpieczenia.

W ocenie strony pozwanej także twierdzenia powódki o rzekomym braku ochrony ubezpieczeniowej nie są prawdziwe, bowiem każda umowa przewiduje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, a wysokość tych świadczeń jest pochodną dwoistego charakteru umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Zaznaczono, że jeśli chodzi o Świadczenie z tytułu Dożycia, które spełnia cel inwestycyjny umowy, to jego wysokość jest określona zarówno w Deklaracji Przystąpienia, Certyfikatach, jak i w rozdziale 10 pkt 2 Warunków ubezpieczenia i jest warunkowana wysokością Wartości Rachunku, czyli de facto wyniku inwestycyjnego UFK, tj. stopy zwrotu z wpłaconych składek po uwzględnieniu kosztów pozwanego wyrażonej poprzez opłaty określone w Umowach Ubezpieczenia. Jeśli zaś chodzi o drugie świadczenie obciążające pozwanego, tj. Świadczenie z tytułu Śmierci, to pozwany zobowiązał się zgodnie z rozdziałem 10 pkt 3 Warunków ubezpieczenia do wypłaty wyższej wartości, tj. $1\% * \text{składka zainwestowana} + 100\% * \text{kwota stanowiąca iloczyn liczby Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia}$

i Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia. Powyższe oznacza, że – inaczej niż w przypadku dożycia – ubezpieczony jest uprawniony do żądania zapłaty kwoty gwarantowanej powiększonej o 1% ze składki zainwestowanej, co niweluje ryzyko inwestycyjne ubezpieczonych i gwarantuje ubezpieczeniowy charakter umowy.

Jeżeli chodzi o podnoszony przez stronę powodową zarzut braku interesu ubezpieczeniowego, tj. braku więzi ubezpieczonych z ubezpieczającymi, to strona pozwana wskazała, że po pierwsze nie udowodniono, że przedmiotowe umowy ubezpieczenia na życie zostały zawarte w związku z przystąpieniem do innych produktów bankowych lub że H. A. nie łączyła wcześniejsza więź (np. nie byli stronami umowy rachunku bankowego czy też umowy kredytu zawartej za pośrednictwem ubezpieczającego)

z ubezpieczającym. Po drugie wskazano, że powołany zarzut jest niczym innym jak kolejnym postulatem de lege ferenda, żeby polski ustawodawca przewidział w prawie wymóg istnienia takiej więzi zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, jednak takiego wymogu polski ustawodawca obecnie nie formułuje.

Odnosząc się do zarzutu strony powodowej dotyczącego nieważności umów na podstawie art. 808 § 2 k.c., odwołując się do faktu pobierania wynagrodzenia przez ubezpieczającego od ubezpieczyciela, pozwany wskazał, że ustawodawca przewiduje, że jedynie wobec ubezpieczającego ubezpieczycielowi przysługuje roszczenie o zapłatę składki (art. 808 § 2 k.c.), co jednak nie znaczy, że to ubezpieczający musi ponosić ciężar tej składki, bowiem równie dobrze może to być ubezpieczony, jeśli na to przystał. Jeżeli chodzi o zarzut co do obejścia przez pozwanego prawa, tj. obejścia przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, o nadzorze finansowym i o nadzorze ubezpieczeniowym oraz ustawy o funduszach inwestycyjnych, to strona pozwana podała, że w świetle wcześniejszych jej uwag zarzuty te nie mają żadnych podstaw, a ubezpieczający nie pełni funkcji agenta ubezpieczeniowego. Ponadto powołano się na to, że KNF niezależnie od treści Rekomendacji U wyraziła równoległe stanowisko, że prawo pozwala na uzyskiwanie wynagrodzenia

w związku z pełnieniem funkcji ubezpieczającego.

Strona pozwana zakwestionowała podnoszony przez stronę powodową zarzut sprzeczności konstrukcji spornych umów z zasadami współżycia społecznego. Zaprzeczono także forsowanemu przez stronę powodową twierdzeniu o tym, że postanowienia Warunków Ubezpieczenia pozwanego są bezskuteczne, co wynika z ich abuzywności. Zanegowano przy tym możliwość powoływania się przez powódkę na rozszerzoną prawomocność, skuteczność wyroków uwzględniających powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone.

Zdaniem strony pozwanej dopuszczalność zawierania przez zakłady ubezpieczeń umów ubezpieczenia na życie z UFK nie może podlegać dyskusji, a wykonywanie działalności ubezpieczeniowej jest ustawowo zastrzeżone dla podmiotów posiadających status zakładów ubezpieczeń, czyli posiadających stosowne zezwolenie wydane przez organ nadzoru (art. 6 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Podkreślono, że nie można przyjąć, że konsumenci mają jakiegokolwiek roszczenie o wypłatę środków, których wartość odpowiada wartości aktywów składających się na ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, bądź roszczenia o zwrot aktywów budujących wartość wydzielonego przez zakład ubezpieczeń funduszu aktywów, a podstaw do formułowania tego typu roszczeń nie dają również bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa. Podniesiono także, że celem ubezpieczenia na życie jest zapewnienie ubezpieczającemu ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci lub dożycie przez osobę ubezpieczoną określonego wieku, nie zaś zapewnienie zwrotu wpłaconych składek ubezpieczeniowych.

Jeśli natomiast chodzi o wskazane przez stronę powodową postanowienia umowne oceniane przez nią jako abuzywne, to strona pozwana wskazała, że większość tych postanowień nie dotyczy praw powódki czy też zmarłego H. A., wobec czego powództwo w tym zakresie powinno zostać oddalone. Ponadto wskazane w pozwie postanowienia nie spełniają przesłanek abuzywności w rozumieniu art. 385¹ k.c., tj. nie kształtują praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz jednocześnie nie naruszają, tym bardziej rażąco, interesów konsumenta.

W replice na odpowiedź na pozew z dnia 19 lutego 2018 r. strona powodowa podtrzymała swe stanowisko w sprawie (replika na odpowiedź na pozew z dnia 19.02.2018 r. – k.524-570).

Na rozprawie w dniu 16 listopada 2020 r., na której zamknięto przewód sądowy, strony podtrzymały dotychczas prezentowane stanowiska (protokół z rozprawy w dniu 16.11.2020 r. – k.923-923v).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W., zwane dalej Towarzystwem, prowadzi działalność gospodarczą w zakresie usług ubezpieczeniowych – ubezpieczeń na życie (okoliczność bezsporna).

Towarzystwo zawarło z ubezpieczającym – (...) S.A. z siedzibą w W. w dniu 24 września 2009 r. umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) S.A. (...) oraz w dniu 1 lutego 2010 r. umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...).

Towarzystwo oraz (...) S.A. należą do tej samej grupy kapitałowej (...) Bank S.A.

Ubezpieczający (...) S.A. otrzymywał od pozwanego Towarzystwa wynagrodzenie za pozyskanie konsumentów jako ubezpieczonych i za dokonywanie czynności związanych z obsługą stosunku ubezpieczenia (dowód: faktury VAT k.442-451, sprawozdanie finansowe (...) S.A. k.250-251).

W dniu 11 marca 2010 r. H. A. jako konsument w rozumieniu art. 22⁽¹⁾ k.c. przystąpił w charakterze ubezpieczonego do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) S.A. (...) oraz do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (dowód: Deklaracja Przystąpienia (...) k.260-261, Deklaracje Przystąpienia (...) k.262-269).

Warunki powyższych umów ubezpieczenia grupowego zostały wynegocjowane przez strony, które ją zawarły, a zatem przez pozwane Towarzystwo i (...) S.A. Przystępujący do umów H. A. jako klient indywidualny nie miał wpływu na treść postanowień umownych.

W ramach umowy ubezpieczenia grupowego (...) ubezpieczający przedstawił H. A. do podpisu cztery Deklaracje Przystąpienia.

Według pierwszej z nich Składka Zainwestowana wynosiła 45.000,00 zł. Składkę Pierwszą ustalono na kwotę 9.000,00 zł, zaś każdą Składkę Bieżącą na kwotę 248,00 zł. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu wynosiła: 1% * Składka Zainwestowana + 100 % * Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia + wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wypłynięcia do Ubezpieczyciela „Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego”. Sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia określono na 100% wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Wskazano, że wartość rachunku zostanie ustalona zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Długość okresu odpowiedzialności ustalono na dzień do 29 stycznia 2025 r., a jako alokację środków pieniężnych wskazano na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). H. A. w deklaracji przystąpienia złożył nadto oświadczenie, że wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową przez pozwane Towarzystwo, a także potwierdził własnoręcznym podpisem otrzymanie przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia dokumentów stanowiących jej integralną część: Warunków Ubezpieczenia (...), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) oraz (...).

dowód: Deklaracja Przystąpienia k.260-261

Według drugiej z tych Deklaracji Składka Zainwestowana wynosiła 56.250,00 zł. Składkę Pierwszą ustalono na kwotę 11.250,00 zł, zaś każdą Składkę Bieżącą na kwotę 310,00 zł. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu wynosiła: 1% * Składka Zainwestowana + 100 % * Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia + wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wypłynięcia do Ubezpieczyciela „Wniosku o wypłatę

świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego”. Sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia określono na 100% wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Wskazano, że wartość rachunku zostanie ustalona zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Długość okresu odpowiedzialności ustalono na dzień do 29 stycznia 2025 r., a jako alokację środków pieniężnych wskazano na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). H. A. w deklaracji przystąpienia złożył nadto oświadczenie, że wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W., a także potwierdził własnoręcznym podpisem otrzymanie przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia dokumentów stanowiących jej integralną część: Warunków Ubezpieczenia (...), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) oraz „Tabeli Opłat (...)”.

dowód: Deklaracja Przystąpienia (...) k.262-263

Według trzeciej z tych Deklaracji Składka Zainwestowana wynosiła 101.250,00 zł. Składkę Pierwszą ustalono na kwotę 20.250,00 zł, zaś każdą Składkę Bieżącą na kwotę 558,00 zł. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu wynosiła: $1\% * \text{Składka Zainwestowana} + 100\% * \text{Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia} + \text{wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela „Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego”}$. Sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia określono na 100% wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Wskazano, że wartość rachunku zostanie ustalona zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Długość okresu odpowiedzialności ustalono na dzień do 29 stycznia 2025 r., a jako alokację środków pieniężnych wskazano na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). H. A. w deklaracji przystąpienia złożył nadto oświadczenie, że wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W., a także potwierdził własnoręcznym podpisem otrzymanie przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia dokumentów stanowiących jej integralną część: Warunków (...) (...), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) oraz „Tabeli Opłat (...)”.

dowód: Deklaracja Przystąpienia (...) k.264-265

Według czwartej z tych Deklaracji Przystąpienia do umowy ubezpieczenia Składka Zainwestowana wynosiła 78.750,00 zł. Składkę Pierwszą ustalono na kwotę 15.750,00 zł, zaś każdą Składkę Bieżącą na kwotę 434,00 zł. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu wynosiła: $1\% * \text{Składka Zainwestowana} + 100\% * \text{Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia} + \text{wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela „Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego”}$. Sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia określono na 100% wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Wskazano, że wartość rachunku zostanie ustalona zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Długość okresu odpowiedzialności ustalono na dzień do 29 stycznia 2025 r., a jako alokację środków pieniężnych wskazano na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). H. A. w deklaracji przystąpienia złożył nadto oświadczenie, że wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W., a także potwierdził własnoręcznym podpisem otrzymanie przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia dokumentów stanowiących jej integralną część: Warunków Ubezpieczenia (...), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) oraz „Tabeli Opłat (...)”.

dowód: Deklaracja Przystąpienia (...) k.266-267

W ramach umowy ubezpieczenia grupowego (...) ubezpieczający przedstawił H. A. do podpisu jedną Deklarację Przystąpienia, w której wskazano, że Składka Zainwestowana wynosi 551.250,00 zł. Składkę Pierwszą ustalono na kwotę 110.250,00 zł, zaś każdą Składkę Bieżącą na kwotę 3.038,00 zł. Wysokość Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosiła: $1\% * \text{Składka Zainwestowana} + 100\% * \text{Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia} + \text{wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela zawiadomienia}$

o zgonie Ubezpieczonego. Wysokość Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu dożycia określono na 100% wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Długość okresu odpowiedzialności ustalono na 180 miesięcy, a jako alokację środków pieniężnych wskazano na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). Za datę początku okresu odpowiedzialności

przyjęto dzień roboczy po zakończeniu Okresu Subskrypcji. H. A. w deklaracji przystąpienia złożył nadto oświadczenie, że wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W., a także potwierdził własnoręcznym podpisem otrzymanie przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia dokumentów stanowiących jej integralną część: Warunków Ubezpieczenia (...), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) oraz „Tabeli Opłat (...)”.

dowód: Deklaracja Przystąpienia (...) k.268-269

W myśl Załącznika nr 1 do Deklaracji Przystąpienia (...) Okres Subskrypcji, w którym Klient miał możliwość przystąpienia do ubezpieczenia rozpoczął się w dniu 4 maja 2010 r., zaś kończył się w dniu 6 czerwca 2010 r. Dodatkowo w treści załącznika określono daty obserwacji współczynników Index initial i Index final, odpowiednio dla Index initial: 11 czerwca 2010 r., a dla Index final: 11 czerwca 2025 r.

dowód: załącznik nr 1 do Deklaracji Przystąpienia (...) k.270

H. A. otrzymał cztery certyfikaty potwierdzające objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...): certyfikat Seria i Nr (...), certyfikat Seria i Nr (...), certyfikat Seria i Nr (...) i certyfikat Seria i Nr (...). W każdym z tych certyfikatów wystawionych w dniu 16 marca 2010 r. jako początek okresu odpowiedzialności wskazano 16 marca 2010 r., a jako datę zakończenia okresu odpowiedzialności – 29 stycznia 2025 r., natomiast wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu oraz wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności określono jak w deklaracji przystąpienia.

dowód: certyfikaty k.272-275

H. A. otrzymał także certyfikat Seria i Nr (...) z dnia 23 czerwca 2010 r. potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...). Jako początek okresu odpowiedzialności wskazano 11 czerwca 2010 r., a jako datę zakończenia okresu odpowiedzialności – 11 czerwca 2025 r. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu oraz wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności określono jak w deklaracji przystąpienia.

dowód: certyfikat k.276

Warunki Ubezpieczenia „...)((...)) posługiwały się m.in. następującymi pojęciami zdefiniowanymi w Rozdziale 1: Świadczenie Ubezpieczeniowe – świadczenie pieniężne Ubezpieczyciela wypłacane Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu

w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zgon Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycie przez Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia; Wartość aktywów netto – wartość wszystkich aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalana zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...); Wartość jednostki uczestnictwa Funduszu – wartość stanowiąca iloraz Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego oraz liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu Kapitałowego, obliczona zgodnie we wskazanym w warunkach wzorem; Wartość rachunku – wartość stanowiąca iloczyn bieżącej liczby Jednostek Uczestnictwa Funduszu znajdującej się na Rachunku oraz aktualnej na dany dzień Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu, obliczona zgodnie we wskazanym w warunkach wzorem; Całkowity Wykup – zamiana przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na Rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14; Data Umorzenia – data zamiany przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu na środki pieniężne; Jednostki Uczestnictwa Funduszu – wyodrębniona część Aktywów UFK, Jednostki Uczestnictwa Funduszu posiadają jednakową wartość i reprezentują prawa majątkowe uczestników UFK, Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie

stanowią odrębnego od Umowy prawa, nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich, nie są oprocentowane; Składka Zainwestowana – wskazana w Deklaracji Przystąpienia kwota, która zostanie zainwestowana w UFK (...) w ciągu całego Okresu odpowiedzialności; Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy – wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze Składek Pierwszych oraz Składek Bieżących pomniejszonych o Oplatę Administracyjną, inwestowany zgodnie z przyjętą w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) strategią inwestycyjną.

dowód: Rozdział 1 pkt 3, 6, 12, 23, 24, 28, 31, 32, 33 i 35 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.278-283

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na wypadek zgonu Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych Ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.

dowód: Rozdział 2 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.278-283

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego kończy się z dniem 29 stycznia 2025 r., a także m.in.: z dniem zgonu Ubezpieczonego lub z dniem rezygnacji przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia (dowód: Rozdział 3 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.278-283).

Warunkiem objęcia Ochroną ubezpieczeniową było złożenie przez Klienta – za pośrednictwem Ubezpieczającego – podpisanej Deklaracji Przystąpienia (przystąpienie do ubezpieczenia) oraz zapłacenie w terminie 5 dni od dnia złożenia podpisanej Deklaracji Przystąpienia (przystąpienia do ubezpieczenia) Składki Pierwszej oraz pierwszej Składki Bieżącej w wysokości zadeklarowanej w Deklaracji Przystąpienia, o czym stanowił Rozdział 4 pkt 1 Warunków Ubezpieczenia (dowód: Warunki Ubezpieczenia „(...)” k.278-283).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest podzielony na Jednostki Uczestnictwa Funduszu reprezentujące udziały Ubezpieczonych w Aktywach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie przyznawały Ubezpieczonemu prawa do aktywów Ubezpieczyciela. Zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, w szczególności sposób lokowania środków UFK oraz sposób wyceny Jednostek Uczestnictwa Funduszu regulował Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...).

dowód: Rozdział 7 pkt 1 i 2 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.278-283

Ubezpieczyciel pobierał następujące opłaty: Oplatę Administracyjną, w ramach której pobierana była Oplata za ryzyko oraz Oplatę Likwidacyjną, których wysokość określa „Tabela Opłat(...)”.

Oplata Administracyjna naliczana była procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat (...)” od wartości Składki Zainwestowanej, pomniejszonej o Składkę Pierwszą, i pobierana była miesięcznie z każdej Składki Bieżącej w Dniu zapłaty Składki Bieżącej.

Oplata Likwidacyjna była naliczana i pobierana w przypadku Całkowitego wykupu, procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat (...)” od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa Funduszu z Rachunku. Pobranie następowało poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej Ubezpieczonemu o wartość Opłaty Likwidacyjnej.

Oplata za ryzyko była opłatą z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, pobieraną w ramach Opłaty Administracyjnej.

dowód: Rozdział 8 pkt 1-5 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.278-283

Zgodnie z Tabelą Opłat (...) do Umowy Ubezpieczenia na życie

i dożycie z UFK „(...)” opłata likwidacyjna przez pierwsze trzy lata trwania okresu odpowiedzialności wynosiła 80 % wartości rachunku. W latach następnych jej wysokość malała wynosząc po okresie 4 lat – 75%, 5 lat – 50%, 6 lat – 30%, 7 lat – 20%, 8 lat – 15%, 9 lat – 10%, 10 lat – 5%, 11 lat – 4%, 12 lat – 3%, 13 lat – 2%, 14 – 15 lat – 1% wartości rachunku. Opłata Administracyjna wynosiła 1,60 % w skali roku, zaś Opłata za ryzyko 0,033 % w skali roku – naliczane od Składki Zainwestowanej, pomniejszonej o Składkę Pierwszą.

dowód: Tabela Opłat i Limitów (...) k.295

Zgodnie z Rozdziałem 10 Warunków Ubezpieczenia (...) w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłacał Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu Świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności wynosiła 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia, ustalonej zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu UFK „(...)”. Była ona ustalana po umorzeniu na rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu, które następowało w terminie 25 dni po zakończeniu Okresu odpowiedzialności według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia. Po zakończeniu Okresu odpowiedzialności obligacje zapewniają ochronę kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę (...) 6 % (...), a Wartość Rachunku miała zostać obliczona wzorem: Składka Zainwestowana x (100 % + Max [0%: Index^(final) dzielony przez Index^(initial) – 1]).

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego ustalana jest po umorzeniu na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela „Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego”. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ustalana jest według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej na dzień zgonu Ubezpieczonego.

Wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego regulował szczegółowo rozdział 12 Warunków Ubezpieczenia „(...)” (dowód: Rozdział 10 i 12 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.278-283, § 4 ust. 5 Regulaminu UFK „(...)” k.298-300).

W Rozdziale 14 Warunków Ubezpieczenia „(...)” uregulowano możliwość zrezygnowania z ubezpieczenia i całkowity wykup. Zgodnie z postanowieniami tego rozdziału Klient przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej mógł zrezygnować z ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej. W razie rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel miał w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie wypłacić środki z tytułu Całkowitego Wykupu na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego w „Oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia”. W przypadku Całkowitego Wykupu Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o Opłatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących).

dowód: Rozdział 14 pkt 1, 4 i 6 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.278-283

Ubezpieczający, nie rzadziej niż raz w roku, zobowiązał się pisemnie informować Ubezpieczonego o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących na określony dzień z tytułu Umowy, ustalonych przy założeniu, że w tym dniu nastąpiłoby Zdarzenie ubezpieczeniowe lub ustalana byłaby wartość Całkowitego wykupu, niezwłocznie po otrzymaniu o tym informacji od Ubezpieczyciela.

dowód: Rozdział 15 pkt 5 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.278-283

Zgodnie z postanowieniami Regulaminu UFK „(...)” Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy powstawał z wpłacanych przez Ubezpieczonych Składek Pierwszych oraz Składek Bieżących, pomniejszonych o Opłatę Administracyjną, których alokacja jest dokonywana w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu.

Jak wskazano w § 3 ust. 2 Regulaminu UFK „ (...) ” celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego było powiększanie wartości aktywów UFK w wyniku wzrostu wartości lokat UFK. Ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego, co wyraźnie zastrzegł w § 3 ust. 3 Regulaminu UFK.

dowód: § 3 ust. 1-3 Regulaminu UFK „(...)” k.298-300

Zgodnie z § 4 ust. 1 Regulaminu Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, składającą się z Jednostek Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości.

Zgodnie z § 4 ust. 2 Regulaminu aktywa netto UFK są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny.

Środki UFK są lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) 6 % (...) (Kod B.: (...)), o czym stanowił § 4 ust. 3 Regulaminu UFK. Obligacje emitowane przez (...) S.A. wyceniane są w PLN.

Stosownie do § 4 ust. 4 Regulaminu UFK Indeks (...) (...) L. C. 6 % (...) stworzony przez (...) umożliwia ekspozycję na 19 różnych surowców.

Regulamin nie określa metody ustalania indeksu.

Zgodnie z § 4 ust. 5 Regulaminu UFK wartość rachunku po zakończeniu Okresu odpowiedzialności obligacje zapewniają ochronę kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę (...) (...) L. C. 6 % (...). Po zakończeniu Okresu odpowiedzialności Wartość Rachunku miała zostać obliczona wzorem: Składka Zainwestowana x (100 % + Max [0%; Index^(final) dzielony przez Index^(initial) - 1]).

dowód: § 4 ust. 1-5 Regulaminu UFK „(...)” k.298-300

Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu ustalana była na Dzień wyceny jako iloraz Wartości aktywów netto UFK na Dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dniu wyceny. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu publikowana była nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej (...)

dowód: § 6 ust. 1-3 Regulaminu UFK „(...)” k.298-300

Zgodnie z § 7 Regulaminu UFK Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest podzielony na Jednostki Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości, które są tworzone w momencie ich zapisania na Rachunku Ubezpieczeniowego w zamian za przekazane środki pieniężne od UFK. Jednostki UFK są nabywane za Składkę Pierwszą oraz Składki Bieżące pomniejszone

o Oplatę Administracyjną. Nabyta liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu równa jest ilorazowi kwoty przekazywanej do UFK z tytułu opłacenia przez Ubezpieczonego Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących pomniejszonych o Oplatę Administracyjną i wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie nabycia. Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosiła 200 zł. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu zmieniała się zgodnie ze zmianą Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu. Nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje w dniu wskazanym w Rozdziale 5 pkt 12 Warunków Ubezpieczenia (...) oraz w Certyfikacie.

dowód: § 7 ust. 1-4 Regulaminu UFK „(...)” k.298-300

Umorzenie jednostek Uczestnictwa Funduszu następowało w razie likwidacji Rachunku bądź likwidacji UFK. Umorzenie Jednostek Uczestnictwa Funduszu polegało na zamianie Jednostek Uczestnictwa Funduszu na kwotę

pieniężną według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej w Dacie Umorzenia i było związane ze zmniejszeniem się aktywów UFK.

dowód: § 8 ust. 1 i 2 Regulaminu UFK „(...)” k.298-300

Stosownie do § 9 ust. 1 i 2 Regulaminu UFK Likwidacja Rachunku polegała na umorzeniu wszystkich zgromadzonych przez Ubezpieczonego na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu i następowała w przypadku: 1) rezygnacji z ubezpieczenia; 2) rozwiązania stosunku ubezpieczenia; 3) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego; 4) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności; 5) likwidacji UFK.

Likwidacja rachunku z powodu rezygnacji z ubezpieczenia następowała według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu najpóźniej z 35. dnia od otrzymania przez Ubezpieczyciela oryginału „Oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia”.

dowód: § 9 ust. 1-3 Regulaminu UFK „(...)” k.298-300

Warunki Ubezpieczenia „(...)” posługiwały się m.in. następującymi pojęciami zdefiniowanymi w Rozdziale 1: Świadczenie Ubezpieczeniowe – świadczenie pieniężne Ubezpieczyciela wypłacane Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zgon Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycie przez Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia; Wartość aktywów netto – wartość wszystkich aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalana zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...); Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu – wartość stanowiąca iloraz Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego oraz liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu Kapitałowego, obliczona zgodnie we wskazanym w warunkach wzorem; Wartość rachunku – wartość stanowiąca iloczyn bieżącej liczby Jednostek Uczestnictwa Funduszu znajdującej się na Rachunku oraz aktualnej na dany dzień Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu, obliczona zgodnie we wskazanym w warunkach wzorem; Całkowity Wykup – zamiana przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na Rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14; Data Umorzenia – data zamiany przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu na środki pieniężne; Jednostki Uczestnictwa Funduszu – wyodrębniona część Aktywów UFK, Jednostki Uczestnictwa Funduszu posiadają jednakową wartość i reprezentują prawa majątkowe uczestników UFK „(...)”, Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie stanowią odrębnego od Umowy prawa, nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich, nie są oprocentowane; Składka Zainwestowana – wskazana w Deklaracji Przystąpienia kwota, która zostanie zainwestowana w UFK „(...)” w ciągu całego Okresu odpowiedzialności; Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) – wydzielony fundusz aktywów Ubezpieczyciela, inwestowany zgodnie z przyjętą w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) strategią inwestycyjną.

dowód: Rozdział 1 pkt 3, 6, 11, 22, 23, 27, 30, 31, 32 i 34 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.284-293

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na wypadek zgonu Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych Ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...).

dowód: Rozdział 2 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.284-293

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego kończy się z upływem 180 miesięcy, a także m.in.: z dniem zgonu Ubezpieczonego lub z dniem rezygnacji przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia.

dowód: Rozdział 3 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.284-293

Warunkiem objęcia Ochroną ubezpieczeniową było złożenie przez Klienta – za pośrednictwem Ubezpieczającego – podpisanej Deklaracji Przystąpienia (przystąpienie do ubezpieczenia) oraz zapłacenie Składki Pierwszej oraz pierwszej Składki Bieżącej w wysokości zadeklarowanej w Deklaracji Przystąpienia, o czym stanowił Rozdział 4 pkt 1 Warunków Ubezpieczenia.

dowód: Warunki Ubezpieczenia „(...)” k.284-293

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest podzielony na Jednostki Uczestnictwa Funduszu reprezentujące udziały Ubezpieczonych w Aktywach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie przyznawały Ubezpieczającemu ani Ubezpieczonemu prawa do aktywów Ubezpieczyciela. Zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), w szczególności sposób lokowania środków UFK „(...)” oraz sposób wyceny Jednostek Uczestnictwa Funduszu regulował Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...).

dowód: Rozdział 7 pkt 1 i 2 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.284-293

Ubezpieczyciel pobierał następujące opłaty: Opłatę Administracyjną, w ramach której pobierana była Opłata za ryzyko, oraz Opłatę Likwidacyjną, których wysokości określa „Tabela Opłat (...)”.

Opłata Administracyjna naliczana była procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat (...)” od wartości Składki Zainwestowanej i pobierana była miesięcznie z każdej Składki Bieżącej w Dniu zapłaty Składki Bieżącej.

Opłata Likwidacyjna była naliczana i pobierana w przypadku Całkowitego wykupu, procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat (...)” od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa Funduszu z Rachunku. Pobranie następowało poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej Ubezpieczonemu o wartość Opłaty Likwidacyjnej.

Opłata za ryzyko była opłatą z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, pobieraną w ramach Opłaty Administracyjnej.

dowód: Rozdział 8 pkt 1-5 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.284-293

Zgodnie z Tabelą Opłat (...) do Umowy Ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK „(...)” opłata likwidacyjna przez pierwsze trzy lata trwania okresu odpowiedzialności wynosiła 100 % wartości rachunku. W latach następnych jej wysokość malała, wynosząc po okresie 4 lat – 75%, 5 lat – 50%, 6 lat – 30%, 7 lat – 20%, 8 lat – 15%, 9 lat – 10%, 10 lat – 5%, 11 lat – 4%, 12 lat – 3%, 13 lat – 2%, 14 – 15 lat – 1% wartości rachunku. Opłata Administracyjna wynosiła 1,28 % w skali roku, zaś Opłata za ryzyko 0,033 % w skali roku – naliczane od Składki Zainwestowanej.

dowód: Tabela Opłat i Limitów UFK „(...)” k.296

Zgodnie z Rozdziałem 10 Warunków Ubezpieczenia (...) w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłacał Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu Świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności wynosiła 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia, ustalonej zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu UFK „(...)”. Była ona ustalana po umorzeniu na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu, które następowało w terminie 25 dni po zakończeniu Okresu odpowiedzialności, według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia. Po zakończeniu Okresu odpowiedzialności obligacje zapewniają ochronę kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę (...) (...) (...) ((...)) (...),

a Wartość Rachunku miała zostać obliczona wzorem: Składka Zainwestowana x (100 % + Max [0%: Index^(final) dzielony przez Index^(initial) – 1]).

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego ustalana jest po umorzeniu na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie Ubezpieczonego (np. poprzez złożenie „Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego”), według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu z daty zgonu Ubezpieczonego.

Wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego regulował szczegółowo rozdział 12 Warunków Ubezpieczenia „(...)” (dowód: Rozdział 10 i 12 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.284-293, § 4 ust. 5 Regulaminu UFK „(...)” k.301-303).

W Rozdziale 14 Warunków Ubezpieczenia „(...)” uregulowano możliwość zrezygnowania z ubezpieczenia i całkowity wykup. Zgodnie z postanowieniami tego Rozdziału Klient w Okresie Subskrypcji lub Ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej mógł zrezygnować z ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej.

W razie rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel miał w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie wypłacić środki z tytułu Całkowitego Wykupu na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego w „Oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia”. W przypadku Całkowitego Wykupu Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o Opłatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących).

dowód: Rozdział 14 pkt 1, 4 i 6 Warunków Ubezpieczenia „(...)” k.284-293

Ubezpieczający, nie rzadziej niż raz w roku, zobowiązał się pisemnie informować Ubezpieczonego o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących na określony dzień z tytułu Umowy, ustalonych przy założeniu, że w tym dniu nastąpiłoby Zdarzenie ubezpieczeniowe lub ustalana byłaby wartość Całkowitego wykupu, niezwłocznie po otrzymaniu o tym informacji od Ubezpieczyciela (dowód: Rozdział 15 pkt 3 Warunków Ubezpieczenia „(...)” – k.284-293).

Zgodnie z postanowieniami Regulaminu UFK „(...)” Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy powstawał z wpłacanych przez Ubezpieczonych Składek Pierwszych oraz Składek Bieżących, pomniejszonych o Opłatę Administracyjną, których alokacja jest dokonywana w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu.

Jak wskazano w § 3 ust. 2 Regulaminu UFK „ (...)” celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) było powiększanie wartości aktywów UFK w wyniku wzrostu wartości lokat UFK. Ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego, co wyraźnie zastrzegł w § 3 ust. 3 Regulaminu UFK.

dowód: § 3 ust. 1-3 Regulaminu UFK „(...)” k.301-303

Zgodnie z § 4 ust. 1 Regulaminu Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, składającą się z Jednostek Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości.

Zgodnie z § 4 ust. 2 Regulaminu aktywa netto UFK są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny.

Środki UFK (...) są lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (...) (...) ((...)) (...) (Kod B.: (...)), o czym stanowił § 4 ust. 3 Regulaminu UFK. Obligacje emitowane przez (...) S.A. są wyceniane w PLN.

Stosownie do § 4 ust. 4 Regulaminu UFK Indeks (...) (...) (...) ((...)) (...) stworzony przez (...) umożliwia zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, amerykańskich, japońskich i rynków rozwijających się, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich i surowców.

Regulamin nie określa metody ustalania indeksu.

Zgodnie z § 4 ust. 5 Regulaminu UFK po zakończeniu Okresu odpowiedzialności obligacje zapewniają ochronę kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...) (...) (...) (...) (...). Po zakończeniu Okresu odpowiedzialności Wartość Rachunku miała zostać obliczona wzorem: Składka Zainwestowana x (100 % + Max [0%; Index^(final) dzielony przez Index^(intial) – 1]).

dowód: § 4 ust. 1-5 Regulaminu UFK „(...)” k.301-303

Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu była ustalana na Dzień wyceny jako ilorz Wartości aktywów netto UFK na Dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dniu wyceny. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu była publikowana nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej (...)

dowód: § 6 ust. 1-3 Regulaminu UFK „(...)” k.301-303

Zgodnie z § 7 Regulaminu UFK Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest podzielony na Jednostki Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości, które są tworzone w momencie ich zapisania na Rachunku Ubezpieczonego w zamian za przekazane środki pieniężne od UFK. Jednostki UFK są nabywane za Składkę Pierwszą oraz Składki Bieżące pomniejszone

o Opłatę Administracyjną. Nabyta liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu jest równa ilorazowi kwoty przekazywanej do UFK z tytułu zapłacenia przez Ubezpieczonego Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących pomniejszonych o Opłatę Administracyjną i wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie nabycia. Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosiła 200 zł. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu zmieniała się zgodnie ze zmianą Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu. Nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje w dniu wskazanym w Certyfikacie.

dowód: § 7 ust. 1-4 Regulaminu UFK „(...)” k.301-303

Umorzenie jednostek Uczestnictwa Funduszu następowało w razie likwidacji Rachunku bądź likwidacji UFK „(...)”. Umorzenie Jednostek Uczestnictwa Funduszu polegało na zamianie Jednostek Uczestnictwa Funduszu na kwotę pieniężną według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej w Dacie Umorzenia i było związane ze zmniejszeniem się aktywów UFK.

dowód: § 8 ust. 1 i 2 Regulaminu UFK „(...)” k.301-303

Stosownie do § 9 ust. 1 i 2 Regulaminu UFK Likwidacja Rachunku polegała na umorzeniu wszystkich zgromadzonych przez Ubezpieczonego na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu i następowała w przypadku: 1) rezygnacji z ubezpieczenia; 2) rozwiązania stosunku ubezpieczenia; 3) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego; 4) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności; 5) likwidacji UFK „(...)”.

Likwidacja rachunku z powodu rezygnacji z ubezpieczenia następowała według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu najpóźniej z 35. dnia od otrzymania przez Ubezpieczyciela oryginału „Oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia” (dowód: § 9 ust. 1-3 Regulaminu UFK „(...)” k.301-303).

Zgodnie ze strategią inwestycyjną opisaną w obu Regulaminach, składki Ubezpieczonych były lokowane w obligacje emitowane przez (...) S.A. Obligacje miały 15 letni okres zapadalności licząc od daty emisji. W dacie zapadalności Towarzystwo wypłaca posiadaczowi obligacji kwotę odpowiadającą składce zainwestowanej powiększoną o zysk, jeżeli ten się pojawił z indeksu powiązanego z obligacją, wskazaną w Regulaminie. Zysk kalkulowany był na zasadzie zmiany procentowej indeksu pomiędzy dwoma datami: datą początkową ubezpieczenia i datą końcową. Jeżeli indeks nie wzrośnie pomiędzy tymi datami, wówczas każdy uczestnik funduszu w dacie zapadalności tego funduszu, czyli po 15

latach otrzymuje kwotę będącą ekwiwalentem składki zainwestowanej przez klienta. Klient ryzykował w okresie 15 lat inwestycji opłaty za zarządzanie pobierane przez cały okres ubezpieczenia od Składki Zainwestowanej.

dowód: zeznania świadka R. P. k.792-793, zeznania świadka P. G. k.673v-676, zeznania świadka M. S. k.730-731, zeznania świadka M. K. k.853-853v

Wartość aktywów UFK jest wyceniana przez Agenta kalkulacyjnego, który dokonuje wyceny aktywów funduszu, zgodnie z umową zawartą między Ubezpieczycielem a bankiem inwestycyjnym. Ubezpieczyciel nie zna metody wyceny stosowanej przez Agenta kalkulacyjnego albowiem jest to objęte tajemnicą przedsiębiorstwa. Ubezpieczyciel może jedynie dokonywać weryfikacji tej wyceny za pomocą przyjętego przez siebie modelu wyceny. W latach 2012-2014 pozwany do weryfikacji stosował opracowany przez siebie model. Od 2014 r. pozwany zlecił dokonywanie wyceny weryfikacyjnej profesjonalnemu podmiotowi zewnętrznemu, zajmującemu się budowaniem tego rodzaju modeli. Agent kalkulacyjny codziennie przekazuje pozwanemu wycenę wartości aktywów, a pozwany codziennie weryfikuje prawidłowość tej wyceny.

dowód: zeznania świadka R. P. k.792-793, zeznania świadka M. K. k.853-853v

Początkowa wartość Jednostki Uczestnictwa została ustalona przez Ubezpieczyciela na poziomie 200 zł. Wartość ta była parametrem rozliczeniowym, pozwalającym przypisać określoną ilość Jednostek Uczestnictwa dla danego klienta. Składkę wpłaconą przez danego klienta Ubezpieczyciel dzielił przez 200 zł i w ten sposób wyznaczał ilość przydzielonych Jednostek. Każda późniejsza wartość Jednostki Uczestnictwa zależała od wyceny aktywów, które zostały zakupione do tego Funduszu, a że zgodnie ze strategią inwestycyjną do Funduszu nabywano wyłącznie obligacje, stąd wpływ na wycenę Jednostki Uczestnictwa ma tylko i wyłącznie wycena tychże obligacji.

dowód: zeznania świadka R. P. k.792-793

Instrumenty finansowe nabywane przez fundusz nie są notowane na rynku giełdowym, publicznym, lecz są przedmiotem obrotu na rynku międzybankowym. Emitent obligacji zastrzegł sobie, że ewentualne zbycie instrumentów może odbyć się tylko na jego rzecz. Ubezpieczyciel nie mógł zatem dowolnie wejść z instrumentami na szeroki runek publiczny. Umowa pomiędzy pozwanym a bankiem inwestycyjnym nie określa po jakiej kwocie emitent może nabyć instrumenty finansowe.

dowód: zeznania świadka R. P. k.792-793

Wartość obligacji wpływała na wartość wyceny funduszu z UFK, przekładając się na wycenę rachunku klienta, zwłaszcza w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Dział inwestycji w Towarzystwie Ubezpieczeń dokonuje sprzedaży instrumentu emitentowi

i na bazie ceny transakcyjnej jest ustalana wartość jednostki w oparciu, o którą następuje wypłata środków na rzecz Klienta.

dowód: zeznania świadka R. P. k.792-793, zeznania świadka P. G. k.673v-676, zeznania świadka M. S. k.730-731, M. K. k.853-853v

Klient nie jest w stanie samodzielnie dokonać wyceny instrumentu, bowiem nie posiada do tego odpowiednich danych w postaci parametrów umożliwiających dokonanie wyceny. Ponadto, wycena instrumentu, jak już wspomniano, jest dokonywana przez agenta kalkulacyjnego. Klient musiałby zatem znać metodę jaką stosuje agent kalkulacyjny do dokonania wyceny instrumentu, a tej nie zna nawet pozwany. Dostaje on bowiem od agenta gotową wycenę, którą weryfikuje stosując własną metodę wyceny.

dowód: zeznania świadka R. P. k.792-793

Notowanie indeksu ma tylko pośredni wpływ na wycenę instrumentów finansowych, albowiem na wartość instrumentu wpływają również inne czynniki rynkowe (dowód: zeznania świadka R. P. k.792-793, zeznania świadka P. G. k.673v-676).

H. A. zmarł w dniu 2 października 2012 r. (dowód: odpis skrócony aktu zgonu k.127), a spadek po nim na podstawie ustawy z dobrodziejstwem inwentarza nabyli jego żona M. A. oraz jego syn K. A. w 1/2 części każde z nich (dowód: postanowienie Sądu Rejonowego w Jędrzejowie Wydział I Cywilny z dnia 03.04.2013 r. o stwierdzeniu nabycia spadku po H. A., sygn. akt I Ns 691/12 k.129).

W dniu 30 stycznia 2017 r. M. A. i K. A. dokonali częściowego działu spadku w taki sposób, że roszczenia H. A. w stosunku do pozwanego Towarzystwa Ubezpieczeń przypadły w całości powódce M. A. (dowód: umowa o częściowym działu spadku k.131).

Do dnia śmierci H. A. wpłacił pozwanemu Towarzystwu Ubezpieczeń tytułem składek łączną kwotę 305.752,00 zł, w tym:

- na Ubezpieczenie „(...) (certyfikat (...)) – kwotę 17.184,00 zł;
- na Ubezpieczenie „(...) (certyfikat (...)) – kwotę 21.480,00 zł;
- na Ubezpieczenie „(...) (certyfikat (...)) – kwotę 38.664,00 zł;
- na Ubezpieczenie „(...) (certyfikat (...)) – kwotę 30.072,00 zł;
- na Ubezpieczenie „P. I. (certyfikat (...)) – kwotę 198.352,00 zł.

dowód: szczegółowe wyliczenia k.138-142, historie rachunków k.305-314, dowody wpłaty ostatnich Składek Bieżących nieuwzględnionych w historiach rachunków k.322-326

Do dnia śmierci H. A. pozwane Towarzystwo Ubezpieczeń pobrało ze składek wpłacanych przez H. A. łączną kwotę 26.064,00 zł tytułem Opłaty Administracyjnej.

Pozwany wypłacił powódce M. A. jako uprawnionej świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego H. A. w łącznej kwocie 115.873,50 zł, w tym:

- z Ubezpieczenia „(...) (certyfikat (...)) – kwotę 7.753,30 zł;
- z Ubezpieczenia „(...) (certyfikat (...)) – kwotę 9.691,63 zł;
- z Ubezpieczenia „(...) (certyfikat (...)) – kwotę 17.444,94 zł;
- z Ubezpieczenia „(...) (certyfikat (...)) – kwotę 13.568,28 zł;
- z Ubezpieczenia „P. I. (certyfikat (...)) – kwotę 67.415,35 zł.

dowód: zawiadomienia o przyznaniu świadczeń – k.316-320v, wyliczenia SU k.452-466

Powódka M. A. po otrzymaniu od pozwanego ww. świadczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego H. A. w grudniu 2012 r. skierowała do pozwanego Towarzystwa Ubezpieczeniowego odwołanie z prośbą o ponowne rozpatrzenie sprawy. W odpowiedzi w piśmie z dnia 7 stycznia 2013 r. pozwany stwierdził, że świadczenia przyznane powódce zostały wyliczone prawidłowo.

dowód: odwołanie powódki z grudnia 2012 r. k.133-134, odpowiedź pozwanego Towarzystwa Ubezpieczeń k.135-142

M. A. pismem z dnia 21 lutego 2017 r. wezwała pozwanego do zwrotu korzyści majątkowych uzyskanych kosztem H. A. bez podstawy prawnej. Powyższe pismo zostało doręczone pozwanemu w dniu 27 lutego 2017 r. Pozwany odmówił jednakże zwrotu korzyści powódce (dowód: wezwanie do zapłaty wraz z załącznikami k.144-152, odpowiedź pozwanego na wezwanie do zapłaty k.153-162).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił przede wszystkim na podstawie powołanych wyżej dowodów z dokumentów, uznanych przez Sąd za mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy w myśl art. 227 k.p.c. Treść tych dokumentów nie budziła wątpliwości Sądu co do ich autentyczności jak i wiarygodności. Prawdziwość dokumentów nie była też kwestionowana przez strony.

W ocenie Sądu dokumenty takie jak: wyroki innych sądów, materiały prasowe, opinie prawne, raport KNF, raport Rzecznika Ubezpieczonych mają jedynie charakter pogładowy i mogą zostać uznane wyłącznie za uzupełnienie stanowiska zajmowanego przez stronę, a nie za dowód okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Oceniając osobowe źródła dowodu Sąd nie znalazł powodów by zakwestionować prawdziwość zeznań świadków R. P., M. S., P. G. i M. K., gdyż zeznania te cechowały się znacznym stopniem szczegółowości, były wewnętrznie spójne i logiczne i nie były kwestionowane przez strony postępowania.

Sąd pominął dowód z zeznań powódki M. A. albowiem słuchana informacyjnie nie miała żadnej wiedzy na temat produktów nabytych przez jej męża H. A., a także okoliczności nabycia.

Sąd oddalił wniosek strony powodowej o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu księgowości i rachunkowości oraz wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, albowiem rozstrzygnięcie sprawy nie wymagało wiadomości specjalnych. Przeprowadzenie tego dowodu było zbędne z uwagi na ocenę prawną dokonaną poniżej. Z kolei w odniesieniu do wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, wskazać należy, że czynienie ustaleń w przedmiocie wysokości kosztów obsługi ubezpieczenia i zasadności pobierania opłat było zbędne. Charakter prawny opłaty administracyjnej, a także sposób skalkulowania jej wysokości powinien być określony w umowie, która kreowała określone prawa i obowiązki konsumenta, o czym niżej. Ponadto kwestia ta była przedmiotem zeznań świadka M. S., który przedstawił strukturę kosztów obsługi ubezpieczenia, w szczególności kosztów dystrybucji tegoż produktu.

Sąd na podstawie art. 242 k.p.c. pominął dowód z zeznań świadka A. W. z uwagi na dwukrotne niestawiennictwo świadka, spowodowane ciężką chorobą świadka. Przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka prowadziłyby zatem do przewlekłości postępowania.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie w całości. Znajduje ono podstawę w treści art. 385⁽¹⁾ § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. Spełnione przez H. A. świadczenia w związku z przystąpieniem przez niego do umów ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „P. I.” i (...) zawartych pomiędzy pozwanym Towarzystwem a (...) S.A. należy bowiem uznać za nienależne w rozumieniu art. 410 § 2 k.c.

Punktem wyjścia rozważań prawnych Sądu jest przesądzenie charakteru umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Zagadnienie to determinuje bowiem tok rozumowania Sądu. Dopuszczalność zawierania tego rodzaju umów przez zakłady ubezpieczeń, choćby element inwestycyjny miał w nich charakter zdecydowanie dominujący, a elementy ochrony ubezpieczeniowej – symboliczny została już przesądzona w doktrynie i judykaturze (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2015 r., III CZP 87/15). W doktrynie i orzecznictwie zwraca się jednak uwagę na złożoną, ubezpieczeniowo-inwestycyjną naturę tego stosunku zobowiązaniowego,

a kwestia kwalifikacji prawnej umowy ubezpieczenia z UFK nadal pozostaje dyskusyjna, choć wydaje się, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalilo się już stanowisko, że umowę tę należy zakwalifikować do tzw. umów mieszanych (nienazwanych). Kompleksową analizę jurydyczną i ocenę stosunku prawnego wynikającego z umowy ubezpieczenia

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przeprowadził Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 10 sierpnia 2018 r. III CZP 20/18 (nie publ.), którą Sąd w niniejszym składzie w całości podziela. Tego typu umowy nie zostały przewidziane w Kodeksie cywilnym, a regulacja zawarta w obowiązującej w dacie zawarcia umowy ustawie z dnia 22 maja 2003 r.

o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.) ma charakter niepełny i niewystarczający do zakwalifikowania tego typu umów do umów nazwanych. Umowy ubezpieczenia z UFK zostały wymienione w załączniku do ustawy w dziale I („Ubezpieczenia na życie”) grupie 3 („Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”), odrębnie od wskazanych jako grupa 1 – „ubezpieczeń na życie”. W art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy zdefiniowano „ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy”, jako „w ubezpieczeniu, o którym mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia”, a w art. 13 ust. 4 ustawy wskazano elementy obligatoryjne, które zakład ubezpieczeń jest obowiązany określić lub zawrzeć w umowach UFK, w tym m.in. zasady ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia (pkt 2), zasady alokacji składek ubezpieczeniowych

w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (pkt 6) oraz zasady ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (pkt 5). W ustawie zawarto też regulacje odnoszące się do sprawozdawczości dotyczącej ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (art. 13 ust. 6), dopuszczalności ujawniania danych go dotyczących (art. 19 ust. 2 pkt 23) oraz nałożono na zakład ubezpieczeń wykonujący działalność ubezpieczeniową w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, obowiązek zatrudnienia doradcy inwestycyjnego (lub zawarcia umowy z innym podmiotem uprawnionym) do zarządzania ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym lub ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (art. 156). W art. 151 ust. 2 ustawy wśród rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, przeznaczonych na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wyniknąć z zawartych umów ubezpieczenia, wymieniono odrębnie (pkt 6) – obok „rezerwy ubezpieczeń na życie” – „rezerwę – ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający”, a w art. 155 ust. 4 postanowiono, że ze wskazanych w art. 155 ust. 1 ustawy ograniczeń dotyczących udziału w wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych poszczególnych rodzajów aktywów, wyłączone są aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający (por. też art. 155 ust. 1a).

Regulacje dotyczące ubezpieczeń na życie z UFK zostały zawarte zarówno we wspomnianej ustawie o działalności ubezpieczeniowej jak i dyrektywie nr 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie (Dz. Urz. UE L 345 z 19 grudnia 2002 r.). Zgodnie z art. 25 ust. 1 dyrektywy: w przypadku, gdy świadczenia przewidziane w umowie są bezpośrednio powiązane z wartością jednostek uczestnictwa przedsiębiorstwa zbiorowego inwestowania w zbywalne papiery wartościowe lub z wartością aktywów zawartych w funduszu wewnętrznym zakład ubezpieczeń, zwykle podzielonym na jednostki uczestnictwa, rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe odnoszące się do tych świadczeń muszą znajdować jak najwierniejsze odzwierciedlenie w tych jednostkach lub, w przypadku gdy nie zostały utworzone takie jednostki, w tych aktywach.

Należy także przytoczyć definicję „produktu inwestycyjnego opartego na ubezpieczeniu” użytą w tzw. dyrektywie MiFID II (dyrektywa Parlamentu Europejskiego

i Rady 2014/65/UE z 15 maja 2014 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych oraz zmieniająca dyrektywę 2002/92/WE i dyrektywę 2011/61/UE – Dz. Urz. UE L 173): produkt inwestycyjny oparty na ubezpieczeniu oznacza produkt ubezpieczeniowy zapewniający wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu, w przypadku gdy ta wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu jest całkowicie lub częściowo narażona, bezpośrednio lub pośrednio, na wahania rynków, a ponadto nie obejmuje: produktów ubezpieczeniowych innych niż ubezpieczenia na życie,

wymienionych w załączniku nr I do dyrektywy 2009/138/WE (grupy ubezpieczeń innych niż na życie), umów ubezpieczenia na życie, w przypadku gdy świadczenia z umowy są wypłacane wyłącznie w przypadku śmierci lub w związku z niezdolnością z powodu uszczerbku na zdrowiu, choroby lub niepełnosprawności.

W założeniu normatywnym umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK jest to umowa, w której strony uzgadniają, że przynajmniej część składek ubezpieczeniowych jest alokowana w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, czyli tworzonego z tych składek wydzielonego funduszu aktywów, inwestowanego zgodnie z umową i zarządzanego przez ubezpieczyciela na koszt i ryzyko ubezpieczającego, i której koniecznym elementem, obok świadczeń ubezpieczeniowych zakładu ubezpieczeń, jest możliwość wykupu ubezpieczenia. Umowa, zawierająca w mniejszym czy większym stopniu element ubezpieczeniowy, ma niewątpliwie charakter mieszany w tym sensie, że przy wykorzystaniu konstrukcji umowy ubezpieczenia może realizować także cel inwestycyjny. Zdecydowanie dominujący cel inwestycyjny, wiąże się z inwestowaniem płaconych przez ubezpieczającego składek, na ryzyko ubezpieczonego, i możliwością wypowiedzenia przezeń umowy oraz wycofania wartości jednostek funduszu zgromadzonych na rachunku. Jednak wówczas nie chodzi – jak w przypadku tradycyjnego wykupu ubezpieczenia osobowego – o zwrot części składki nadpłaconej w początkowym okresie w związku z nierównomiernym rozłożeniem ryzyka ochrony ubezpieczeniowej, lecz o wypłatę zgromadzonych i inwestowanych oszczędności. W ramach zobowiązań ubezpieczyciela na plan pierwszy wysuwa się wówczas odpłatny obowiązek zarządzania funduszem kapitałowym pochodzącym ze składek ubezpieczającego oraz obowiązek zapłaty wartości wykupu. Wówczas świadczenie ubezpieczeniowe ma charakter drugorzędny. Dominacja celu inwestycyjnego w tego typu umowach nie prowadzi do zakwalifikowania ich jako umów inwestycyjnych. Ma ona zatem charakter umowy ubezpieczenia, również w sytuacji, gdy wynikający z lokowania składek w ubezpieczeniowe fundusze inwestycyjne cel inwestycyjny jest zdecydowanie dominujący.

Mąż powódki przystąpił do umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie zawartych pomiędzy pozwanym Towarzystwem a (...) S.A. Przepis art. 808 § 1 k.c. dopuszcza zawarcie przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.

W tego typu ubezpieczeniu umowa zawarta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym kreuje stosunek ubezpieczeniowy pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Według poprzednio obowiązującej treści przepisu istniały wątpliwości, czy umowa, z której ma korzystać ubezpieczony niebędący ubezpieczającym, ma charakter umowy na rzecz osoby trzeciej, czy też zawartej na cudzy rachunek. Uważano, że umowa z art. 808 k.c. może być zawarta zarówno na cudzą rzecz (umowa ubezpieczenia sensu stricto), jak i na cudzy rachunek. Różnica pomiędzy tymi umowami polega na tym, że przedmiotem ubezpieczenia

w umowie ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej sensu stricto jest interes ubezpieczającego,

a osobą uprawnioną do odbioru świadczenia jest podmiot trzeci (typowym przykładem takiej umowy jest umowa ubezpieczenia na życie wskazująca osobę, na której rzecz ma nastąpić wypłata ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego). Natomiast umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek powoduje ubezpieczenie przez ubezpieczającego działającego we własnym imieniu cudzego interesu. Inną osobą jest więc zawierający umowę i opłacający składkę, a inną podmiot uprawniony do odbioru odszkodowania. Obecne brzmienie przepisu wyeliminowało te niejasności, kształtując umowę ubezpieczenia zawartą w interesie ubezpieczonego jako umowę zawartą na cudzy rachunek. Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, uznać należało, co potwierdza także część doktryny, że mąż powódki jako ubezpieczony, przystępujący do umowy grupowego ubezpieczenia, pozostaje względem tego stosunku prawnego w charakterze osoby trzeciej.

Niezależnie od sposobu zakwalifikowania tej umowy nie można nie zauważyć, że kształtowała ona prawa i obowiązki H. A., a obecnie powódki jako uprawnionej. Zgodnie zatem z art. 808 § 5 k.c. przepisy art. 385¹-385³ k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Sporne umowy ubezpieczenia nie wiążą się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, co w niniejszej sprawie było bezsporne. Jednocześnie w doktrynie podkreśla się, że brak jest podstaw by wyłączyć stosowanie art. 808 § 5 k.c. do umów ubezpieczenia z UFK.

W niniejszej sprawie strona powodowa podnosiła nieważność obu umów grupowego ubezpieczenia z UFK ze względu na fakt, że świadczenia należne ubezpieczonemu nie zostały określone w umowie w sposób stanowczy i konkretny, lecz w taki sposób, który umożliwia dowolne kształtowanie jego wielkości przez samego ubezpieczyciela w drodze arbitralnych decyzji, na które osoba ubezpieczona nie ma żadnego wpływu. Takie ukształtowanie stosunku zobowiązaniowego, zdaniem powódki, pozostaje w sprzeczności z naturą stosunku zobowiązaniowego, co uzasadnia uznanie jej za nieważną wobec treści art. 58 § 1 k.c. w zw.

z art. 353¹ k.c.

Odnosząc się do powyższego wskazać należy, że zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Unormowania zawarte w art. 385¹-385³ k.c. mają charakter szczególny w stosunku do tych przepisów, które mają powszechne zastosowanie do kształtowania przez kontrahentów treści umowy (wskazać należy chociażby na art. 58, art. 353¹ czy art. 388 k.c.). Uzasadnieniem dla ich wprowadzenia ustawą z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny (Dz. U. Nr 22, poz. 271) był zamiar zapewnienia konsumentom bardziej skutecznej ochrony w stosunkach umownych z profesjonalistami, a przede wszystkim zaś potrzeba uwzględnienia w polskim prawie postanowień dyrektywy nr 93/13/EWG z 5 kwietnia 1993 r. o nieuczciwych warunkach w umowach konsumenckich (Dz. Urz. WE

z 1993 r., L. 95, s. 29), zwanej dalej „dyrektywą”. Regulacje art. 385¹-385³ k.c. stanowią wyraz implementacji w prawie polskim prawa unijnego w postaci wymienionej dyrektywy, co rodzi określone konsekwencje dla ich wykładni. Przede wszystkim musi ona prowadzić do takich rezultatów, która pozwoli urzeczywistnić cele dyrektywy. Sądy krajowe, stosując prawo wewnętrzne, zobowiązane są tak dalece, jak jest to możliwe, by dokonywać jego wykładni w świetle brzmienia i celu rozpatrywanej dyrektywy, tak by osiągnąć przewidziany w niej rezultat, a zatem zastosować się do art. 288 akapit trzeci Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z 21.04.2016 r., C-377/14). Ten obowiązek dokonywania wykładni prawa krajowego zgodnej z prawem Unii jest w istocie nierozdzielnie związany z systemem Traktatu, gdyż zezwala sądom krajowym na zapewnienie, w ramach ich właściwości, pełnej skuteczności prawa Unii przy rozpoznawaniu zawisłych przed nimi sporów. W przypadku omawianych przepisów należy mieć też na uwadze, że sama dyrektywa w art. 8 stanowi, że w celu zapewnienia wyższego stopnia ochrony konsumenta państwa członkowskie mogą przyjąć lub utrzymać bardziej rygorystyczne przepisy prawne zgodne z traktatem w dziedzinie objętej niniejszą dyrektywą. W dyrektywie został więc określony jedynie minimalny poziom ochrony konsumentów.

Z art. 385¹ § 1 k.c. wynika, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są klauzule umowne, które spełniają łącznie trzy przesłanki pozytywne: zostały zawarte

w umowach z konsumentem, kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny

z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszają interesy konsumenta. Kontrola abuzywności postanowień umowy jest wyłączona jedynie w przypadku spełnienia jednej z dwóch przesłanek negatywnych, to jest: gdy postanowienie umowne zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem oraz postanowienie umowne określa główne świadczenia stron

i jest sformułowane w sposób jednoznaczny.

Sąd przychyliła się do poglądu, że dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie mają decydującego znaczenia uprzednio wydane orzeczenia sądowe w innych sprawach, albowiem każdorazowo sąd jest obowiązany do dokonania całościowej oceny materiału dowodowego

w celu ustalenia wiążącej strony treści stosunku prawnego. W szczególności nie można uprościć badania sprawy poprzez odwołanie się do prejudycjalnego waloru wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumenta. Kontrola

dokonywana w trybie przepisów art. 479³⁶-479⁴⁵ k.p.c. dotyczy nie analizy konkretnego stosunku zobowiązaniowego, lecz abstrakcyjnie rozumianej treści normatywnej wzorca umownego (niezależnie od tego nawet, czy znalazł on zastosowanie w następstwie zawarcia umowy). Kontrola abstrakcyjna polega zatem na kontroli wzorca jako takiego, w oderwaniu od konkretnej umowy, której wzorzec dotyczy (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2003 roku sygn. akt III CZP 95/03).

W tym kontekście istotne jest rozważenie zagadnienie rozszerzonej prawomocności wyroku uznającego postanowienie wzorca umowy za niedozwolone. Stosownie do obecnie dominującej linii orzeczniczej prawomocność, o której mowa była w art. 479⁴³ k.p.c., pod względem podmiotowym działa jednokierunkowo, tj. na rzecz wszystkich osób trzecich, ale wyłącznie przeciw pozwanemu przedsiębiorcy. Oznacza to, że omawiany wyrok od chwili wpisania uznanego niedozwolonego postanowienia wzorca umowy do rejestru prowadzonego przez Prezesa Urzędy Ochrony Konkurencji i Konsumenta działa na rzecz wszystkich (strony powodowej i wszystkich osób trzecich), ale tylko przeciwko konkretnemu pozwanemu przedsiębiorcy (tak uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 2015 r.

w sprawie sygn. akt III CZP 17/15). Regulacja dotycząca rozszerzonej prawomocności wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumenta ma jednak to ograniczone znaczenie, że dotyczy wyłącznie postanowień będących przedmiotem kontroli abstrakcyjnej, tj. objętych wzorcami umownymi (ogólne warunki umów, regulaminy), nie dotyczy zaś postanowień umów zawartych indywidualnie pomiędzy stronami.

Tym samym w niniejszej sprawie konieczna jest całościowa kontrola, polegająca na badaniu wszystkich przesłanek abuzywności. Jest to sytuacja najwłaściwsza z punktu widzenia założeń procedury cywilnej, gdyż pozwala w oparciu o przeprowadzone postępowanie dowodowe w sposób wszechstronny i niezredukowany zrekonstruować wszystkie okoliczności istotne dla indywidualnego stosunku prawnego.

W rozpatrywanej sprawie poza sporem pozostawała okoliczność, że H. A. – mąż powódki przystąpił do kwestionowanych umów ubezpieczenia jako konsument w rozumieniu art. 22¹ k.c. Bezsorna była również okoliczność, że niniejsza umowa nie była przez męża powódki negocjowana. Umowę zawarło bowiem dwóch przedsiębiorców, a H. A. jedynie przystąpił do umowy.

W ramach żądania głównego powódka domaga się zapłaty kwoty 189.878,50 zł w związku z nieważnością obu umów ubezpieczenia grupowego, której to nieważności powódka upatruje w braku określenia wysokości sumy ubezpieczenia. Zdaniem pozwanego wypłata świadczenia z tytułu zgonu stanowi główne świadczenie umowy, w związku

z powyższym nie podlega badaniu w trybie art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c. Ze stanowiskiem tym nie sposób się zgodzić. Przepis art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c. wyłącza z zakresu swojego zastosowania tylko te postanowienia umowy, które regulują świadczenia główne w sposób jednoznaczny.

A contrario dopuszcza badanie tych postanowień, regulujących świadczenia główne, które nie zostały sformułowane w sposób jednoznaczny, wyrażone prostym i zrozumiałym językiem. Samo zdefiniowanie jakiegoś pojęcia w Warunkach Ubezpieczenia czy Regulaminie nie oznacza, że definicja jest jasna i przejrzysta. Wymóg transparentności nie ogranicza się bowiem tylko do zrozumiałości postanowień umownych pod względem formalnym i gramatycznym (tak wyrok TSUE z 30.4.2014 r., K. i K. R., C-26/13, EU:C:2013:282, pkt 67–72). Przy ocenie transparentności postanowienia umowy istotne znaczenie odgrywa to, czy umowa wskazuje w sposób przejrzysty sposób ustalania wartości rachunku, tak aby możliwe było zweryfikowanie prawidłowości dokonywanej wyceny i aby konsument mógł przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria, konsekwencje ekonomiczne tego postanowienia. Ocena transparentności postanowienia umownego powinna uwzględniać wśród całokształtu okoliczności, w których doszło do zawarcia umowy, także reklamę umowy (tak wyrok TSUE z 20.9.2017 r., A. i in., C-186/16, EU:C:2017:703, pkt 46). W ocenie Sądu rozstrzygającego niniejszy spór postanowienia Warunków Ubezpieczenia „ (...)” (Rozdział 10 pkt 2-5) oraz Regulaminu UFK „ (...)” (§ 4 ust. 2-6), a także Warunków Ubezpieczenia „ (...)” (Rozdział 10 pkt 2-5) oraz Regulaminu UFK „ (...)” (§ 4 ust. 2-6) tylko z pozoru są jednoznaczne

i zrozumiałe. W rzeczywistości bowiem ich treść wymaga wypełnienia przez uprzednie dokonanie wyceny rachunku. Opisany zaś w § 4 obu Regulaminów UFK mechanizm wyceny aktywów jest skomplikowany, niejasny i niemożliwy do zweryfikowania przez osobę trzecią zwłaszcza przy braku pełnych informacji nawet co do sposobu wyceny. Wycena dokonywana jest bowiem w oparciu o indeks odpowiednio: (...) (...) L. C. 6 % (...) w przypadku (...) oraz (...) (...) (...) ((...)) (...) w przypadku (...), którego sposób ustalania jest nieznanym nawet pozwanemu, podobnie jak nieznaną pozwanemu jest metoda wedle której bank inwestycyjny ustala wartość aktywów funduszu, co przyznał świadek pozwanego – R. P.. Agent kalkulacyjny na etapie konstruowania modelu wyceny przez pozwane Towarzystwo przekazał pewne wskazówki, ale szczegółów wyceny nie ujawnił. Pozwany może dokonywać jedynie wyceny weryfikacyjnej w oparciu o przyjętą przez siebie metodę.

Sąd zdaje sobie sprawę, że oceniana umowa jest umową o charakterze mieszanym, ubezpieczeniowo-inwestycyjnym i w takim przypadku suma ubezpieczenia – wbrew twierdzeniom pozwu – nie musi być określona kwotowo, tak jak w klasycznych ubezpieczeniach na życie, w których wskazuje się konkretną sumę ubezpieczenia. Dominujący w umowie ubezpieczenia na życie z UFK cel inwestycyjny determinuje bowiem powiązanie sumy ubezpieczenia z wynikiem inwestycyjnym osiąganym przez ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Niemniej jednak ów sposób ustalenia sumy ubezpieczenia musi być na tyle jasny i precyzyjny, by możliwe było zweryfikowanie wielkości należnego świadczenia. Innymi słowy świadczenie musi być oznaczalne w sposób obiektywnie mierzalny i weryfikowalny, z zastosowaniem z góry umówionych i znanych stronom kryteriów. W ocenie Sądu wymóg ten powinien być spełniony w szczególności w przypadku inwestowania w instrumenty finansowe nienotowane na rynku publicznym. Zauważyć należy, że w okolicznościach niniejszej sprawy, wartość aktywów funduszy określa wprawdzie podmiot trzeci, a nie pozwane Towarzystwo, jednakże zasłaniając się tajemnicą przedsiębiorstwa czyni to w sposób wyłącznie sobie znany. Sposobu tego nie zna nawet pozwany.

Abuzywności postanowień obu Regulaminów określających sposób wyceny aktywów funduszu nie zmienia okoliczność, że z formalnego punktu widzenia § 4 każdego z badanych Regulaminów UFK spełnia wymogi określone w art. 13 ust. 4 obowiązującej wówczas ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a mianowicie wskazuje w jakie instrumenty finansowe będą inwestowane wpłacane przez ubezpieczonych środki, zakreślając w Regulaminie ogólne założenia inwestycyjne, mające na celu maksymalizację zysków przy ograniczaniu ryzyka inwestycyjnego. Regulacja zawarta w § 4 każdego z Regulaminów UFK jest na tyle ogólna i nieprecyzyjna, że w okolicznościach niniejszej sprawy nie pozwala na zweryfikowanie wartości rachunku, od którego jest uzależniona wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Trafnie zatem podniosła powódka, że postanowienia te zostały skonstruowane przez dwóch przedsiębiorców, powiązanych ze sobą kapitałowo, w sposób lakoniczny i ogólnikowy. Zabrakło przy tym w umowie zapisów dotyczących metod i zasad dokonywania wyceny aktywów Funduszu, w tym wyodrębnionych z jego części Jednostek Uczestnictwa reprezentujących udziały Ubezpieczonych. Podkreślenia również wymaga, że wycena aktywów Funduszu może być dokonywana różnymi metodami. Sama kwestia wyboru stosowanej metody nie może być przez nikogo narzucona Ubezpieczycielowi, bowiem przepisy rachunkowe nie określają ich adresatom wyboru konkretnej metody wyceny.

Dla podkreślenia głównej tezy wyводу o braku jednoznacznego określenia sposobu wyceny, który pozwoliłby Ubezpieczonemu na weryfikację stanu jego Rachunku pod kątem wspomnianej już wartości godziwej, warto przypomnieć, że dla ustalenia pierwszej wartości Jednostki Uczestnictwa w Funduszu przyjęto hipotetyczną wartość 200 zł, podczas gdy już

w kolejnym dniu wartość jednej jednostki w przypadku (...) oszacowano na 100,24 zł (k.306, 308, 310, 312), co stanowi połowę wartości początkowej, natomiast w przypadku (...) w następnym miesiącu na 135,06 zł (k.314). Przez okres trwania ochrony ubezpieczeniowej do czasu śmierci męża powódki wartość ta nigdy nie osiągnęła kwoty 200 zł.

Rację ma zatem powódka wskazując na brak określoności świadczenia i nie chodzi o to, by powódka czy wcześniej jej mąż nie dysponujący wystarczającą wiedzą w przedmiocie wyceny instrumentów finansowych byli w stanie sami zweryfikować prawidłowość takiej wyceny. Wystarczające byłoby gdyby przynajmniej profesjonalny podmiot działający na jej zlecenie, mógł dokonać takiej

weryfikacji. Brak podstawowych danych, w tym metody wyceny czyni to niemożliwym. Wątpliwości Sądu w okolicznościach niniejszej sprawy pojawiają się również w kontekście pojęcia wartości godziwej, o której mowa w art. 28 ust. 6 ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r., poz. 351, z późn. zm.). Zgodnie z tym przepisem za wartość godziwą przyjmuje się kwotę, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej, pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązanymi ze sobą stronami. Wartość godziwą instrumentów finansowych znajdujących się w obrocie na aktywnym rynku stanowi cena rynkowa pomniejszona o koszty związane z przeprowadzeniem transakcji, gdyby ich wysokość była znacząca. Cenę rynkową aktywów finansowych posiadanych przez jednostkę oraz zobowiązań finansowych, które jednostka zamierza zaciągnąć, stanowi zgłoszona na rynku bieżąca oferta kupna, natomiast cenę rynkową aktywów finansowych, które jednostka zamierza nabyć, oraz zaciągniętych zobowiązań finansowych stanowi zgłoszona na rynek bieżąca oferta sprzedaży. W niniejszej sprawie jak już wyżej wskazano wyceny certyfikatu dokonuje emitent, który jednocześnie jest jego nabywcą w przypadku rezygnacji ubezpieczonego.

Zważywszy na całokształt przedstawionych okoliczności, w ocenie Sądu prawo Ubezpieczyciela do kształtowania stosunku prawnego w ramach zakreślonych w ustawach nie może służyć takiemu ukształtowaniu jego treści, aby z formalnego punktu widzenia nie sprzeciwiał się ustawie, ale w rzeczywistości zmierzał do zrealizowania celu ustawowo zakazanego. Sytuacja, w której Ubezpieczony w żaden sposób, bazując na postanowieniach umownych, okresowych raportach, nie może zweryfikować czy wycena zastosowana w jego przypadku przez Ubezpieczyciela odpowiada wartości godziwej, obiektywnej wartości rynkowej nie może być akceptowana. Stosowany przez emitenta model wyceny jak również sposób ustalania indeksu nie został ujawniony w treści Regulaminów.

W kontekście powyższego nie można uznać by świadczenie ubezpieczeniowe ubezpieczonego zarówno w przypadku zgonu jak i dożycia, było określone w sposób obiektywnie weryfikowalny i by pozwalało ubezpieczonemu na podjęcie świadomej

i rozważanej decyzji co do nabywanego produktu, w szczególności w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci. Jak pokazują okoliczności niniejszej sprawy nabyte przez H. A. produkty w ogóle nie realizowały funkcji ochronnej zastrzeżonej dla umów ubezpieczenia, w szczególności na wypadek śmierci. Jak wskazywali świadkowie pozwanego produkty te z założenia miały charakter długoterminowy i zostały skonstruowane w taki sposób, aby zapewnić minimalną ochronę dopiero na koniec umowy (zwrot składki zainwestowanej bez gwarancji zysku). Śmierć jest zdarzeniem nieprzewidywalnym, może nastąpić zarówno na początku jak i w końcowym okresie trwania stosunku zobowiązaniowego. Jej nastąpienie w początkowym okresie nie tylko nie zapewnia świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek zgonu, lecz powoduje utratę większości zainwestowanych środków, tak jak to miało miejsce w niniejszej sprawie. Powódka jako uprawniona po śmierci H. A. otrzymała łącznie 115.873,50 zł, pomimo, że H. A. w latach 2010-2012 wpłacił pozwanemu łącznie kwotę 305.752,00 zł. H. A. przed podjęciem decyzji o przystąpieniu do obu umów ubezpieczenia

z UFK powinien być o tym poinformowany, by jego decyzja była świadoma, przemyślana i rozważna. W rzeczywistości bowiem umowa, do której przystąpił H. A. nie kreowała realnego zabezpieczenia dla uprawnionego w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego jakim jest zgon. Uiszczanie przez męża powódki składki ubezpieczeniowej nie gwarantowało, że w razie ziszczenia się ryzyka jego śmierci w czasie okresu odpowiedzialności, M. A. będzie beneficjentem jakiegokolwiek dodatkowego, odczuwalnego ekonomicznie świadczenia wypłacanego przez zakład ubezpieczeń, skoro świadczenie to odpowiadało jedynie 101% wartości rachunku ubezpieczonego w UFK. Zakład ubezpieczeń byłby zatem obowiązany do spełnienia świadczenia polegającego na zwrocie sumy zaoszczędzonej przez ubezpieczonego, powiększonej o 1% wartości rachunku. Biorąc przy tym pod uwagę fakt, że zgodnie z umową wartość rachunku nie jest tożsama z nominalną sumą oszczędności zgromadzonych przez ubezpieczonego, lecz stanowi iloczyn liczby JUF i aktualnej wyceny JUF, to mogłoby się okazać, tak jak to miało miejsce w niniejszej sprawie, że wartość rachunku byłaby wyceniona w dacie relewantnej dla wypłaty świadczenia o kilkadziesiąt procent poniżej nominalnej sumy uiszczonych składek. Przy takiej konstrukcji umowy ubezpieczenia, jej ekonomiczna opłacalność byłaby niższa niż innych form zabezpieczenia przyszłych potrzeb posiadacza środków pieniężnych lub wybranej przez niego osoby trzeciej, np. złożenia środków na oprocentowanej

lokacie bankowej i poczynienia stosownej dyspozycji zleconej bankowi lub w testamencie, aby określona osoba otrzymała zgromadzone środki na wypadek śmierci posiadacza rachunku.

Zauważyć przy tym należy, że skoro na wypadek śmierci ubezpieczonego odpowiedzialność pozwanego sprowadzałyby się jedynie do wypłaty świadczenia odpowiadającego wartości rachunku w UFK powiększonego o 1%, to wysokość tego dodatkowego świadczenia byłaby jaskrawo nieadekwatna do wartości dobra objętego ubezpieczeniem, czyli życia ubezpieczonego. W aspekcie gospodarczym, w tej sytuacji to nie zakład ubezpieczeń ponosi ekonomiczne skutki ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego, lecz ponosi je ubezpieczony, który z momentem uiszczenia składki i nabycia za nią JUF traci kontrolę nad sposobem zarządzania i inwestowania środków pieniężnych uiszczonych na pokrycie składki, nie uzyskując w zamian za to gwarancji wypłaty na rzecz uprawnionego świadczenia adekwatnego do wagi przedmiotu ubezpieczenia.

Nie ulega wątpliwości Sądu, że wskazane wyżej postanowienia Warunków Ubezpieczenia „ (...)” (Rozdział 10 pkt 2-5) oraz Regulaminu (...) (§ 4 ust. 2-6), a także Warunków Ubezpieczenia „ (...)” (Rozdział 10 pkt 2-5) oraz Regulaminu UFK „ (...)” kształtują prawa i obowiązki ubezpieczonego

i uprawnionego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. W orzecznictwie jak i w doktrynie przyjmuje się, że istotą „dobrego obyczaju” jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka. Dobre obyczaje odwołują się do takich wartości jak uczciwość, szczerłość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Sprzeczne więc

z dobrymi obyczajami będą działania uniemożliwiające realizację tych wartości, w tym również takie, które zmierzają do niedoinformowania, dezinformacji, wykorzystania naiwności lub niewiedzy konsumenta. Nadto, działanie wbrew dobrym obyczajom

(w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego) oznacza tworzenie przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2005 r., I CK 832/04, LEX nr 159111).

W zakresie przesłanki „rażącego naruszenia interesów konsumenta” znaczenie mają nie tylko (choć w przeważającym zakresie) względy ekonomiczne, lecz także takie dobra konsumenta jak jego czas, prywatność, wygoda, zdrowie, rzetelne traktowanie, satysfakcja z zawarcia umowy. Naruszenie zaś nosi miano „rażącego”, jeżeli poważnie i znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

Dla oceny abuzywności danego postanowienia umownego miarodajny jest test polegający na ustaleniu hipotetycznego stanu faktycznego, w którym kwestionowany zapis nie zostałby zastrzeżony i ustalenie, jak wówczas wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta. Jeżeli konsument byłby w lepszej sytuacji, gdyby konkretnego postanowienia wzorca nie było, należy przyjąć, że ma ono charakter nieuczciwy (por. wyrok SA w W. z 11 października 2011 r., VI ACa 421/11, LEX nr 1171445).

Mając na względzie poczynione rozważania dotyczące badania niedozwolonego charakteru niektórych postanowień Warunków Ubezpieczenia „ (...)” oraz Regulaminu UFK „ (...)”, a także Warunków Ubezpieczenia „ (...)” (Rozdział 10 pkt 2-5) oraz Regulaminu UFK „ (...)” Sąd doszedł do wniosku, że w obu umowach ubezpieczenia grupowego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym za abuzywne w oparciu o art. 385⁽¹⁾k.c. należało uznać:

1. Rozdział 10 pkt 2-5 Warunków Ubezpieczenia – w zakresie w jakim świadczenie ubezpieczeniowe jest ustalane w oparciu o Wartość Rachunku, ustalaną zgodnie z niejasnymi zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu UFK. Z uwagi na niemożność weryfikacji metody wyceny Jednostek Uczestnictwa może dojść do sytuacji, w której ochrona ubezpieczeniowa, pomimo dominującego aspektu inwestycyjnego będzie zupełnie pozorna z uwagi na niewielką Wartość rachunku w Dacie umorzenia;
2. § 4 ust. 2 Regulaminu UFK – z uwagi na niejasno sprecyzowany sposób wyceny aktywów netto Funduszu, wobec tego nie nadający się do weryfikacji pod kątem wartości godziwej;

3. § 4 ust. 3 i 4 Regulaminu UFK – w zakresie w jakim wycena środków zgromadzonych w UFK, a lokowanych w obligacje strukturyzowane emitowane przez (...) S.A., z których wypłata oparta jest na indeksie o niewskazanym sposobie jego ustalania;
4. § 4 ust. 5 Regulaminu UFK – w zakresie w jakim Wartość Rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności, zostanie obliczona w oparciu o obligacje, których wypłata oparta jest o nie wiadomo jak ustalany indeks i metodę wyceny (ust. 3);
5. § 5 Regulaminu UFK – w zakresie w jakim dopuszcza łącznie bądź zastąpienie indeksu, o którym mowa w § 4 ust. 3-6, jakimś innym nieokreślonym indeksem, od którego zależy wycena środków zgromadzonych w UFK.

Z uwagi na to, że zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. powyższe postanowienia nie wiążą powódki i nie mogą zostać zastąpione innymi postanowieniami, pozwany jest zobowiązany zwrócić powódce całą zainwestowaną przez jej męża kwotę, oczywiście pomniejszoną o kwotę już wypłaconą.

W tej sytuacji żądanie powódki zwrotu przez Towarzystwo (...) S.A. we W. kwoty 189.878,50 zł tytułem nienależnego świadczenia, Sąd uznał za usprawiedliwione. Znajduje ono bowiem podstawę w treści art. 385¹ § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. Nie ulega wątpliwości, że pozwane Towarzystwo uzyskało bez podstawy prawnej korzyść majątkową kosztem powódki.

O odsetkach ustawowych oraz odsetkach ustawowych za opóźnienie orzeczono na podstawie art. 455 k.c. w zw. z art. 481 k.c. uwzględniając zmianę przepisów, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. na podstawie ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1830), na mocy której w treści art. 481 § 2 k.c. dotychczasowe pojęcie odsetek ustawowych zostało zastąpione pojęciem odsetek ustawowych za opóźnienie, zaś na mocy art. 56 ustawy nowelizującej, do odsetek należnych za okres kończący się przed dniem jej wejścia w życie stosuje się przepisy dotychczasowe (za okres do 31 grudnia 2015 r. należą się odsetki ustawowe, a za okres od 1 stycznia 2016 r. odsetki ustawowe za opóźnienie). Odsetki zasądzono zgodnie z żądaniem pozwu od dnia 7 stycznia 2013 r., tj. od dnia kiedy pozwany odmówił uwzględnienia reklamacji powódki.

Z uwagi na uwzględnienie żądania głównego za bezprzedmiotowe Sąd uznał wypowiedzenie się w kwestii żądania ewentualnego opartego o abuzywność postanowień regulujących pobieranie opłaty administracyjnej.

O kosztach postępowania orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. Z uwagi na uwzględnienie żądania głównego powódki w całości, pozwane Towarzystwo winno zwrócić jej kwotę zasądzoną w pkt II wyroku tj. 14.911 zł, na którą składają się koszty: 9.494 zł tytułem opłaty od pozwu, 5.400 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego ustalonych zgodnie z § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Sędzia del. Edyta Bryzgalska

ZARZĄDZENIE

(...)

(...)

(...)

18.12.2020 r.